3.

UNA OVARIOTOMIA

PER UN CISTO-OVARIO

ASSAI VOLUMINOSO

SEGUITA DA GUARIGIONE

PEL

Dottor A d'ANTONA

Professore pareggiato di patologia chirurgica
Coadjutore della Clinica chirurgica nella R. Università di Napoli
Chirurgo dell' Ospedale dei Pellegrini

Estratto dal Movim. Med.-Chir.

NAPOLI
Stabilimento Tipografico A. Trani
Strada Medina 25
1876

UNA OVARIOTOMIA

PER UN CISTO-OVARIO

ASSAI VOLUMINOSO

SEGUITA DA GUARIGIONE

PEL

Dottor A. d'ANTONA

Professore pareggiato di patologia chirurgica
Coadjutore della Clinica chirurgica nella R. Università di Napoli
Chirurgo dell' Ospedale dei Pellegrini

Estratto dal Movim. Med.-Chir.

NAPOLI
Stabilimento Tipografico A. Trani
Strada Medina 25
1876

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22338007

Dopo i tentativi fatti dall'illustre Prof. Palasciano, da Morisani e De Sena, è questo il primo caso di ovariotomia seguita da guarigione in Napoli: e la pubblicazione di questa mia osservazione ha appunto uno scopo di eccezionale opportunità più che altro, in quanto che essa varrà a disporre meglio e far persuasi i nostri distinti medici e chirurgi in favore della ovariotomia tra noi, molti dei quali per esempio in buona fede e convinzione pensano, che una tanta operazione non sia nè del nostro clima nè della costituzione delle nostre donne. Obbiezione questa tanto singolare quanto strana; imperocchè il Peruzzi, il Vanzetti ed il Marzolo con la loro persistenza e buoni risultati sono riusciti ad accreditarla in alcune città dell' alta Italia, e pure nessuno, mi spero, vorrà dirmi che le condizioni delle nostre donne sieno cotanto diverse da quelle di colà. E poi le condizioni nelle quali la mia inferma di Napoli si trovava, erano delle peggiori che mai possonsi avere: età avanzata, voluminosissima cisti con neoformazione mixomatosa dentro, estese aderenze, edema solenne delle pareti addominali e degli arti inferiori e per di più febbre serale ricorrente ecc. ecc.; eppure la nostra operata guarì ed in tre settimane solamente.

La tecnica operativa che si è seguita in Napoli in due occasioni, secondo che ho sentito riferire, non mi pare sia quella, alla quale i risultati dei migliori operatori e clinici abbiano infine dato la superiorità ed alla quale io nel caso mio, strettamente mi tenni. Per la quale cosa nell' intendimento di rendere servigio ai miei colleghi e ai giovani chirurgi vogliosi davvero di fare, nelle osservazioni che seguiranno l'esposizione del caso in parola, mi darò occasione di fermarmi per poco sui principali risultati e precetti della scuola inglese e di Spencer Wells precisamente. Avendo egli avuto la rara fortuna di eseguire nel periodo di 20 anni più che novecento ovariotomie e di dare risultati che mai alcuno ottenne, con dritto è a reputarsi la prima e maggiore autorità in simile faccenda: e io posso ben riferire di lui perchè dimorando a Londra fu mia principalissima occupazione il seguire e studiare da vicino la sua immensa pratica; nè poi standomi qui mi ristetti mai dal seguirne con grande interesse gli ulteriori progressi; e fu in me sempre vivo il desiderio di vedere accreditata e familiarizzata tra noi un'operazione di così grande, felice e geniale creazione chirurgica. E però ho avuto sempre un bel fare da 8 anni per incoraggiare i nostri giovani a far di tutto il loro possibile per indurli ad operare o permettere di operare, la opposizione sistematica dei nostri chirurgi e medici neutralizzò ogni sforzo.

La mia stessa operata dopo che si era già decisa a sottoporsi all' operazione consultando, a mia insaputa, due specialisti di Napoli, si ebbe tanto miseranda e desolante descrizione dell' operazione e dei suoi risultati ed un così assoluto e deciso divieto in iscritto per non farsi operare, che la inferma ed i suoi congiunti erano venuti nella dispiacevole decisione di nulla fare; se non che le progressive sofferenze e la voce in-

telligente e premurosa del signor dottor Isca, amico di famiglia, valsero a ricondurre la signora alla via che dovea ridarle la salute.

Nel mese di Giugno ultimo ebbi occasione di visitare due giovani signorine con cistovario; una direttami dalla gentilezza del professore Cardarelli colle migliori disposizioni di questo mondo per l'operazione, e l'altra giovanetta ventenne figlia ad un nostro architetto municipale venuta da me perchè portata, come ella diceva, dalla voce pubblica. Ebbene un chirurgo ed un medico perchè amici di famiglia sono riusciti nell'uno e l'altro caso a spaventare tanto l'animo delle inferme e dei parenti che forse presentemente si prendono paura semplicemente a vedermi. Questa ingiustificabile condotta deve una volta cessare, e la coscienza di un chirurgo o di un medico non dee permettersi di lusingare vanamente le povere inferme, le quali destinate fatalmente a prossima e certa morte, possono solo nell'operazione trovar scampo di lor pericolo, e tanto più facilmente quanto più presto al chirurgo ricorrono. Ogni mese che passa è un punto perduto o sottratto dalla cifra de' numeri di probabilità in favore del successo dell'operazione. Dal complesso di queste ragioni appunto dipendono i poco bei risultati dell'ovariotomia in Italia; fino a quando non ci saremo per debito di coscienza determinati a persuadere le inferme a ricorrere di buon' ora alle risorse dell'arte, non potremo mai avere la soddisfazione di vedere la nostra chirurgia agguagliarsi in questa parte a quella degli altri paesi.

Or lasciando al tempo il far giustizia di tutte queste infondate incertezze e pria di procedere alla esposizione della mia osservazione mi corre l'obbligo rendere pubbliche grazie al signor Andrea Isca una volta nostro discepolo, ed or distinto dottore in Trapani, alla cui fede nella operazione,

ed alla cui intelligente e premurosa assistenza alla inferma io devo l'occasione di avere operato, e grande parte del buono e rapido risultato della stessa.

Storia. La signora Rosalia Minozzi di Napoli dimorante a vico Ponte Corvo n.° 3, di anni 51, di lodevole costituzione, mestruata sempre bene e regolarmente dal 15° al 48° anno di sua vita, vedova da 12 anni è il soggetto della nostra osservazione. Ella ebbe tre figli ed un aborto, l'ultimo dei parti regolari fu al 1860. Fra le ultime mestruazioni ebbe una sola volta profusa metrorragia. Da otto anni addietro incominciò a patire un dolore nella regione dell'ovario e nella fossa iliaca dritta, il quale dolore, non essendo per altro così forte da obbligarla a letto, durava per soli pochi giorni e lasciando liberi lunghi periodi di mesi ricorreva di quando in quando; ma nel dicembre del 75 esso si fece più vivo, penoso e diffuso per tutta la regione mediana dell' addome. Fu appunto allora che l'attenzione della signora e dei suoi, fece rilevare un ben apparente ingrossamento dell'addome e precisamente un tumore alla sua parte bassa. Però in sin dal Luglio dello stesso anno la signora avea notato che alla cintura gli abiti suoi non la vestivano più comodamente, e fu difatti rilevato un mediocre aumento di volume dell'addome, che ella riferì a naturale ingrassamento. Dal Dicembre ultimo il volume della pancia è andato sempre innanzi con una certa rapidità, ma sempre gradatamente. Verso il Gennaio o Febbraio la signora Minozzi patì un fiero dolore di testa accompagnato a vomito ripetuto più volte nel corso di quel giorno, ma l'indomani si restituì del tutto rimessa.

Io conosceva personalmente la signora già da molto tempo prima della sua infermità, e quando nell'Aprile ultimo fui invitato a visitarla mi colpì sommamente il grado di denutrizione e di penosa espressione della fisonomia colla quale ella mi si presentò.

Stato presente. I fatti raccolti nella mia prima e seconda visita si riassumono così : — grande dimagramento, pelle secca ed arida e di colorito paglierino sporco : polso piccolo e frequentissimo : edema agli arti inferiori e più nel dritto : il decubito, e specialmente il supino, penosissimo pel difficoltato respiro, ed il sonno impossibile in quella giacitura : notevole infiltrazione edematosa dei tegumenti addominali dall'ombelico al pube : non apparente dilatazione venosa : addome enormemente ingrossato e conglobato più che schiacciato, e quindi la parte mediana anteriore dello stesso molto procidente e rialzata : la cicatrice ombelicale piuttosto infossata : la regione delle costole spurie spostata in alto ed infuori, quindi il torace accorciato e maggiormente aperto in basso, la respirazione frequente, breve, sublime, tutta toracica. La misura circolare un po'in sotto dell'ombelico (era il sito del maximum) segnava cent. 130, dal pube all'ombelico 32 , dall'ombelico all'appendice xifoide 26, dalla spina iliaca antero-superiore dritta all'ombelico 25, ed un po' meno a sinistra. Addome teso, fluttuazione equabile, chiara e superficiale, e flotto procurato colla percussione brusca percepito ovunque molto vicino alla mano esploratrice, percussione chiara, timpanitica ai lati della colonna vertebrale ed alla regione gastrica per limitatissima estensione, in tutto il resto dell'addome percussione compiutamente vuota. Fra l'appendice xifoide ed il limite superiore del tumore correva appena la distanza di due dita trasverse, dove la percussione era timpanitica : le ispirazioni limitate non davano apparente spostamento della linea superiore del tumore. L'utero un po'abbassato ed antiverso, la sua cavità normale per lunghezza ed ampiezza, del resto niun' altra modificazione della stessa : era notevole la sua mobilità constatata col dito e meglio ancora con la sonda uterina : appena dal fornice anteriore della va-

gina poteva vagamente raggiungersi il segmento inferiore del tumore, le cui note fisiche naturalmente non potevansi riscontrare. Urinazione frequente, defecazione rara e stentata, digestioni difficili, poco appetito. La inferma febbricitava spesso alla sera ed il polso era sempre frequentissimo e più nelle ore pomeridiane.

Dopo tutto ciò fu agevole lo stabilire la diagnosi di cisti ovarica, probabilmente dritta, uniloculare, a pareti piuttosto sottili e, come si vedrà per fatti che diremo appresso, la cisti fu giudicata libera di aderenze.

La inferma una volta decisa per l' operazione insisteva vivamente presso di me perchè fosse presto operata. Intanto il suo stato grave di emaciazione, i notevoli disturbi digestivi e respiratori, l' edema degli arti e dell' addome ecc. ecc. mi imponevano il dovere di rimediarvi pria d'ogni altro e per quel poco che fosse possibile; la grande distensione della cavità addominale poi e la forte compressione contro il diaframma mi davano forte ragione a temere gravi disquilibri circolatori e forse momentaneamente letali, ove io avessi aperto l'addome ed operato la rimozione di quel vastissimo tumore. Per lo che mi decisi primieramente a pungere la cisti, votarla parzialmente ed abituare il diaframma a tanta diminuzione di pressione ed il 18 maggio di fatti con un comune tre quarti ad idrocele la punsi per la linea alba ed estrassi circa nove litri di un liquido denso di colore e densità della birra nostrale fresca; al microscopio si osservò grande quantità di cruorociti ben conservati e l'analisi chimica del professore Primavera diede il sessanta per 1000 di albumina oltre una quantità di mucina.

Dopo di che il tumore si ridusse di un terzo circa a giudicarne così sommariamente, perchè noi senza attendere molto a questo ci affrettammo a fare forte e generale pressione sullo

addome con larghe fasce da circuire tronco e addome, e ciò nello intendimento di ritardare il pronto rinnovarsi del liquido e facilitare l'assorbimento del siero che infiltrava le pareti addominali dal pube all'ombelico.

Nella notte vegnente la signora dormì come non lo aveva fatto da molto tempo, e dormì un sonno lungo, tranquillo ed in posizione orizzontale a letto. Anche l'appetito e le digestioni migliorarono, e così coll'aiuto del ferro internamente ella si rialzò molto dal suo deplorevole stato : e poichè il liquido della cisti rinnovatosi minacciava di restituire la inferma al suo primiero stato così avea fermato affrettare l'operazione, se non che un forte e doloroso edema ascendente dalla gamba alla coscia dritta ci fece perdere alcuni giorni di tempo, nei quali potei col riposo e colla compressione a fasce mediocremente compensarlo. Quando giudicai arrivato il momento preparai la inferma, badando precipuamente alla nettezza degl'intesfini ed il primo Giugno fu designato per l'operazione; il giorno innanzi facendo esame comparativo dell'addome vi trovai le seguenti modificazioni di fatti fisici : il limite superiore del tumore riscontrato colla palpazione e colla percussione stava equidistante dall'ombelico e dalla appendice ensiforme, cioè cent. 12 circa dall'uno e l'altro punto, e la linea superiore esterna dritta del tumore era più alta ed estesa del lato omonimo, e siccome nelle profonde ispirazioni quel limite superiore si spostava in basso per più di 4 cent. così l'esistenza di aderenze fu del tutto esclusa.

Operazione. Alle ore 7 a. m. del 1° giugno la mia operanda prese per cibo, dietro ordinativo, una buona tazza di consume, beafsteak ed un bicchiere di generoso vino siciliano con poco pane. All'ora una p. m. dello stesso giorno ella si portò da sè sul letto dell'operazione; la stanza da ciò era sufficientemente ampia, bene illuminata e contigua all'altra dove venne

preparato il letto a dormire. Fu spesa ogni cura a nettare e disinfettare così l'una che l'altra camera e con lavande ripetute dei pavimenti ed imposte a carica soluzione potassica e con spolverizzazione nebulosa alla soluzione fenicata.

Erano presenti i chiarissimi professori Gallozzi, Schrön, Morisani, Vittorelli, Cotronei, Armanni, Jennaco e molti altri cui piacque onorarmi di loro presenza. Impegnato ciascuno a qualche parte nell'assistenza, eterizzata la inferma, scoperto il ventre, vuotata la vescica e sollevati a larga piega come nell'erniotomia tutti gli integumenti comuni, praticai verticalmente ad essa una profonda incisione in corrispondenza della linea alba, la quale fu quindi raggiunta e posta a nudo con una sola incisione; e sì che lo spessore dei tegumenti incisi era quasi di oltre i 4 cent.

L'incisione lunga dai 12 ai 14 cent. era coi suoi angoli superiore ed inferiore equidistante dal pube ed ombelico cioè di 8 cent. approssimativamente da ambo le parti. Ligati due piccoli vasi superficiali, incidendo a strati e colla guida sulla linea alba, raggiunsi infine il peritoneo, il quale perchè ispessito ed aderente alla cisti abbisognò di molta attenzione per essere riconosciuto e quindi inciso. Comecchè ponessi molta cura ed importanza a non aprire le due guaine dei muscoli retti anteriori dell'addome pure mi trovai avere posto a nudo il bordo interno del retto sinistro, così difficile fu il seguire esattamente la linea mediana in mezzo a tutto quello spostamento ed infiltrazione edematosa, per la quale il colorito del muscolo già scoverto era abbastanza sbiadito per potere essere riconosciuto quando era chiuso e coperto dalla sua guaina.

Scoverta la parete della cisti per tutto il tratto della incisione mi avvidi delle inaspettate aderenze della stessa col peritoneo parietale; però esse erano così lasse e tenere che non mi riuscì difficile lo scioglierle. Col grosso trequarti di Spencer

Wells punsi la cisti e con nostra grande sorpresa non venne fuori pella canula una goccia di liquido, il quale invece zampillò dai dintorni di essa; fatti tentativi inutili per incanalarlo per lo canale dovemmo contentarci di raccogliere il liquido uscito per le labbra della ferita. Erano stati grossi fiocchi albuminosi e membrane fibrinose che avevano chiuso l'apertura interna della canula, e che rimosse in parte ne rimanevano sempre a sufficienza per farci mancare lo scopo desiderato.

Fu vuotata così in gran parte la cisti e per mezzo del trequarti coi suoi denti cacciata fuori una parte condussi la mia mano destra per dentro l'addome onde cercare di sciogliere le aderenze, e poichè con essa a stento poteva manovrare e raggiungere gl'ipocondrii fin dove le aderenze abbenchè lassamente si estendevano, così reputai necessario il prolungare in alto la incisione che fu difatti eseguita col coltello bottonato e per oltre i 4 cent. In cotal guisa potei in breve liberare del tutto la cisti e cacciarla agevolmente fuori; niuna aderenza eravi cogli intestini. Con un picciuolo lungo e relativamente sottile la cisti si teneva agli annessi dritti dell'utero. Con un piccolo e forte clamp strinsi fortemente il picciuolo che venne indi escisso e la sua porzione sporgente dalle branche del clamp causticato al percloruro di ferro.

Non ostante il notato incidente incorso pel trequarti non una goccia di liquido cistico si versò nella cavità peritoneale; non rottura di vasi, non sangue, così che la *toilette* del peritoneo riuscì facile e spedita e nonpertanto scrupolosamente curata. Anzi pria di procedere alla cucitura della ferita una soffice spugna, lunga, larga ed appiattita che aveva già preparata, fu interposta tra gl'intestini e le labbra della ferita; così non solo prevenni la procidenza dei visceri, il loro possibile maltrattamento ed offesa coll'ago, ma precipuamente mirai allo

scopo d'impedire che le gocce di sangue provonienti dai punti interni delle cuciture si versassero libere nella cavità peritoneale e servissero magnificamente a terreno di putrefazione colle sue conseguenze. Andando dal basso in alto piazzai otto punti staccati di cucitura a lunghi fili di *cat-gut* (budello preparato coll'acido fenico alla Lister) comprendendo coll'ago tutto lo spessore delle pareti addominali dalla cute al peritoneo che venne compreso. Dopo di che volli attendere un pò e fare dolce e larga pressione su tutta la ferita, le cui labbra poggiavano sulla spugna e ciò per compensare il gemizio che ebbi ragione a sospettare proveniente dalle sedici punture interne, e non m'ingannai; poco dopo di fatti allontanate le labbra della ferita in alto e rilassate alquanto le anse dei fili, la spugna venne tratta fuori inzuppata discretamente di sangue e con alcuni grumi sanguigni attaccati alla sua superficie. Questa piccola precauzione allora apparve tanto utile e pratica per quanto inutile ed impicciosa fosse prima sembrata. Annodati i fili, l'addossamento delle superficie sanguinanti venne così esatto e preciso che ciascuno dei presenti ebbe a lodarsene, e senza altro medicai alla Lister, cioè striscia di *protectiv silk, antiseptic gaz, mankintosch*, ovatta e poi fasce a corpo alla Sculteto. L'operazione da quando s'incominciò l'eterizzazione alla completa medicatura durò precisi $^3/_4$ d'ora.

La inferma condotta colla maggiore cura nell'altra stanza, fu adagiata sul suo letto in posizione supina a coscie flesse, e poi ristorata.

In questo quadro brevemente è riportato tutto quanto seguì all'operazione sino a completa guarigione.

Giorno		Ore	Temp.	Polso	Osservazioni relative a ciascun giorno ed ora.
1°.	Sera	6 p.	38.1	110	Pezzetti di ghiaccio per bocca - urine abbondanti e scolorate - cateterismo ogni due o tre ore - non singhiozzo o vomito, - non risentimento addo-
		10 p.	38.6	116	

Giorno		Ore	Temp.	Polso	Osservazioni relative a ciascun giorno ed ora.
					minale – lingua aridissima – sete – respiro regolare.
2.°	Mattina	3 a.	37.9	96	Idem – ma la sete più moderata – e diminuite le urine – due tazze di consumé e del vino – qualche peto puzzolente verso sera – l'edema dell'arto dritto si risolve gradatamente.
		8 a.	38.2	110	
		12 m.	39.1	112	
	Sera	2 p.	38.6	116	
		8 p.	38.9	112	
		11 p.	38.8	112	
3.°	Mattina	3 a.	37.8	100	Trenta centig. di bisolfato di chinina in due pillole – e poi brodi ed un pò di vino – alle 12 m. prima medicatura – mediocre turgore della ferita – completo addossamento delle sue labbra – appena un pò di siero sanguigno ai dintorni del clamp, e qualche goccia di pus – nessun cattivo odore – brodo e torlo d'uovo – vino – verso mezzanotte sudore.
		8 a.	38.2	104	
		12 m.	37.9	104	
	Sere	4 p.	39.1	108	
		8 p.	38.9	100	
		12 p.	39.3	108	
4.°	Mattina	3 a.	39.3	108	Chinino centg. 60 in tre prese – meteorismo indolente – tormini intestinali e peti puzzolentissimi – respirazione superficiale frequente inceppata – mani e viso nn pò cianotiche – espressione scoraggiata, e penosa della inferma – clisteri inefficacemente ripetuti – vuotamento artificiale e ripetuto dei gas con lungo catetere introdotto nel retto – miglioramento – consume, vino – a sera sudore.
		6 a.	39.3	108	
		11 a.	39.5	108	
	Sera	2 p.	39.9	112	
		6 p.	40.	112	
		12 p.	39.3	108	
5.°	Mattina	3 a.	39.2	108	Dalle 3 alle 10 a.m. centig. 80 di chinina – verso le 6 a. m. sudore profuso – meteorismo continna, ma compensato col catetere – alle 11 a. m. 2.ª medicatura – poco turgore, poche goccie di pus inodore attorno il clamp, e verso il quarto e quinto punto di cucitura – consumé e crostine con vino, sudore profuso a sera avanzata, mèdiocre miglioramento consecutivo.
		7 a.	38.8	104	
		11 a.	38.4	104	
	Sera	2 p.	38.8	104	
		6 p.	39.5	112	
		12 p.	38.7	100	

Giorno		Ore	Temp.	Polso	Osservazioni relative a ciascun giorno ed ora.
6.°	Mattina	2 a.	38.7	100	Sudore ripetuto verso le 3 a. m.; calomelano e diagridio – nel corso del giorno sei abbondanti scariche ventrali e fetidissime – notevolissimo miglioramento locale e generale – 3.ª medicatura – poco pus ed inodore come sopra – consumé e pezzetto pollo arrosto, vino – nelle ore p. mediocre sudore.
		7 a.	38.9	100	
		12 m.	40.	112	
	Sera	3 p.	39.8	112	
		7 p.	38.8	104	
		11 p.	38.5	100	
7°.	Mattina	3 a.	37.5	96	Completa euforia – senso grande di benessere, – voglia di mangiare, consumé e pastina, arrosto, vino – 4.ª medicatura, mediocre suppurazione tra le labbra della ferita in corrispondenza del 4.° e 5.° punto di cucitura – si rimuovono due punti – a sera poco sudore.
		6 a.	38.	96	
		11 a.	37.7	96	
	Sera	4 p.	38.2	96	
		9 p.	39.2	104	
		11 p.	38.7	96	
8.°	Mattina	3 a.	37.9	100	5.ª medicatura – suppurazione continua – si ripete la medicatura alla sera – rimozioni di altri due punti di cucitura – la suppurazione anche nei punti delle stesse – consumé, arrosto vino, e poco pane: con larghe e lunghe strisce di sparadrappo si sostiene l'addome e ferita – a sera mediocre sudore.
		8 a.	38.	100	
		11 a.	38.3	100	
	Sera	4 p.	39.	104	
		6 p.	39.2	104	
		11 p.	39.	100	
9.°	Mattina	3 a.	38.	100	Nessuna scarica alvina – ritorna un pò di meteorismo e sviluppo di gas fetidissimi – grande torpore e rilassamento delle pareti intestinali – calomelano e diagridio – tre scariche – conseguente senso di benessere – continua la suppurazione in mezzo, essendo la ferita riunita sopra e sotto – due medicature nel giorno – il clamp si muove; e sollevato si vede una piccola piaga rossa e granulante – vitto come sopra ma più abbondante.
		6 a.	38.5	100	
		11 a.	37.9	96	
	Sera	5 p.	38.4	92	
		9 p.	38.7	92	
		11 p.	38.4	92	

Giorno		Ore	Temp.	Polso	Osservazioni relative a ciascun giorno ed ora.
10.°	Mattina	3 a.	37.9	96	Senso di benessere – appetito – il clamp si muove meglio, vitto come sopra – medicature due al giorno, mediocre edema ai genitali esterni.
		8 a.	37.1	92	
		12 m.	38.3	96	
	Sera	2 p.	38.5	100	
		7 p.	39.6	104	
		12	37.7	96	
11.°	Mattina	3 a.	37.5	96	Suppurazione diminuisce – due medicature – vitto e tutt' altro come sopra.
		8 a.	37.8	»	
		12 a.	39.	104	
	Sera	2 p.	39.2	104	
		5 p.	38.8	100	
		11	38.4	100	
12.°	Mattina	3 a.	38.	96	Il clamp tenendo poco fu delicatamente separato – compare una piccola e granulante piaga imbutiforme – suppurazione diminuita – una sola medicatura al giorno – una discreta dejezione alvina – l'edema ai genitali si corregge – vitto come sopra.
		8 a.	37.4	92	
		11 a.	37.5	92	
	Sera	»	»	»	
		8 p.	38.8	»	
		11 p.	39.	104	
13.°	Mattina	3 a.	38.5	»	Due cartine di chinina (40 centig.) – suppurazione diminuita – una sola medicatura – la piaga del picciuolo progredisce a cicatrice – vitto come sopra.
		7 a.	38.	»	
		11 a.	38.	92	
	Sera	3 p.	39.5	»	
		8 p.	38.8	.	
		11 p.	38.8		
14.°	Mattina	3 a.	37.8		Una cartina di chinina (20 centig. bisolfato) – del resto idem.
		8 a.	37.3	92	
		12 m.	37.1		
	Sera	3 p.	37.8		
		8 p.	39.2	100	
15.°	Mattina	3 a.	37.8		Diarrea – bismuto e polvere di Dower – cessa la diarrea – la suppurazione si riduce a pochissimo – una medicatura – si permette che la inferma s'alzi, ma per sedere in poltrona – vitto come sopra.
		8 a.	37.6		
		11 a.	37.2		
	Sera	4 p.	37.8		
		8 p.	38.3		
		11 p.	37 4		

Nei giorni susseguenti la Signora

procede sempre di bene in meglio. La medicatura segue di due in due giorni, e già al ventunesimo dì la inferma s'alza, e per poco cammina da sè, la suppurazione tra la ferita quasi del tutto cessata , rimane qualche punto con qualche goccia di marcia, ed una piccolissima piaga granulante al sito del picciuolo – al 25° giorno tutto era terminato in bene, ed io licenziai la mia operata.

Il primo Luglio cioè 30 giorni dopo l'operazione feci visita alla mia operata che non vedeva da alcuni giorni, e trovai la signora Minozzi levata da letto, di buon umore e rifatta di molto nella nutrizione; ella sosteneva e proteggeva il suo ventre con acconcia panciera e camminava da se, abbenchè si sentisse ancora debole; si lagnò meco di frequenti inviti ad orinare; la cateterizzai, ed iniettata in vescica una discreta quantità di acqua ebbi a rimanere convinto che nè la sensibilità della vescica nè la sua capacità diminuita erano ragione da tanto; raccolsi poi una quantità di urina emessa in un determinato periodo di tempo, e rilevai nel fatto una mediocre e semplice poliuria; per la quale cosa prescrissi dell'acido tannico e la noce vomica che riuscirono si giovevoli.

Esaminato il campo dell'operazione trovai la cicatrice rettilinea nei suoi tre quarti inferiori e deviata nn po' a sinistra nel suo quarto superiore, il quale giungeva fin sotto ed a sinistra dell'ombelico. Nell'angolo inferiore la cicatrice rispondente al picciuolo della cisti era ombelicata e distava di sette centimetri dal pube.

Essa era fissamente aderente ai tessuti ed organi profondamente situati nell'addome. La lunghezza della intiera cicatrice era di 12 centimetri, la distanza dal pube all'ombelico di 20 centimetri, da questo all'appendice xifoide 12, dalla spina iliaca anteriore superiore all'ombelico di 16 centime-

tri, circonferenza dell'addome e tronco 73. L'utero rialzato ed il collo appena si raggiungeva col dito.

Osservazioni. Come già dissi, non è mio intendimento discorrere dell'ovariotomia in genere. Troppo importante e lungo argomento, pel quale chi vuole può consultare i libri speciali, e tra i primi quello di Spencer Wells, *Diseases of the ovaries, their diagnosis and Treatment*, London 1872.

Mi piace solo toccare alcune quistioni cliniche, le quali mi sembrano trascurate o malamente intese tra noi, e procederò coll'ordine stesso, col quale nella mia inferma, come in tutte le altre, esse si presentano; ma pria di ogn'altro due parole sull'anatomia della cisti estirpata.

Il peso dell'intiera massa fu di poco più di chilogrammi due — la cisti era voluminosissima, lo spessore delle sue pareti variava dai 6 ai 5 millimetri; la cavità era unica, solamente oltre ad alcune larghe deposizioni fibrinose su tutta la superficie interna della parete anteriore, sorgeva in basso attaccata alla parete interna una massa solida voluminosa quanto la testa di un feto a termine, la quale al taglio si mostrò costituita da una massa molle missomatosa con grande degenerazione grassa e con tante piccole e grandi cisti — All'esame microscopico si mostrò una così abbondante ed estesa degenerazione grassa, che il tessuto missomatoso appena poteva riconoscersi — La parete della cisti poi oltre il peritoneo, e lo strato interno endoteliale nei suoi strati medii costava di massa connettivale fibrosa e tessuto muscolare liscio.

Il rapido crescimento della cisti negli ultimi cinque mesi trovò la sua spiegazione in quella neoplasia mixomatosa con degenerazione cistica che crebbe dentro ed in fondo del sacco cistico.

Le estese aderenze furono sconosciute in clinica; quella grande spostabilità del limite superiore del tumore nelle pro-

fonde ispirazioni mi trasse in errore. Nei forti abbassamenti diaframmatici la pressione trasmessa deprimeva il cul di sacco superiore della cisti già rilassata dopo la punzione, mentre essa schiacciandosi si allargava ai lati; e così potei rendermi ragione dell'errore. Mi rimase sempre sospetto che la puntura evacuatrice del giorno 18 dando luogo a mediocre versamento di liquido cistico nel cavo peritoneale anteriore non fosse stata cagione di quell'estésa, subdola, e fresca peritonite adesiva. Sulla punzione preventiva della cisti ovarica in genere potranno portarsi quei giudizi che si vogliono; ma nessuno ad ogni modo sconverrà che nella nostra inferma la indicazione s'impose da se, e che ne avemmo immenso vantaggio; è d'altronde dimostrato da esatte statistiche che una o due punzioni preventive non modificano punto la cifra della mortalità nell'operazione — Spencer Wells pag. 274.

L'avere curata la pulizia e la disinfezione delle due stanze potrà da qualcuno non essere apprezzata o potrà sembrare ben poca cosa; ma a nessuno sfuggirà la grande utilità dell'idea di far prendere all'operanda un buon e discreto cibo nello stesso giorno della operazione. In inferme esaurite operare dopo un digiuno di 18 ore e più (pranzando alle 4 del giorno innanzi ed operando alle ore 10 del dì vegnente), espone delle volte a gravi accidenti, i quali abbenchè rari pure sono possibili e vogliono la nostra maggiore attenzione. Chi lo sa se la nostra inferma a digiuno avrebbe potuto sostenere così bene quella grande e lunga operazione e quella protratta eterizzazione? Reputo perciò di grande utilità e di nessuno inconveniente il far mangiare quattro o cinque ore prima dell'operazione i poveri infermi preparati a grandi operazioni; s'intende che il cibo deve essere di quei la cui digestione stomacale si compie in un breve periodo di tempo.

Fu sempre precetto di somma importanza quello di impe-

dire che liquido della cisti si versasse libero nel cavo peritoneale. Nel caso nostro le aderenze ci protessero da un tale accidente quando il trequarti ci mancò. E qui viene la quistione se lo scollamento di esistenti aderenze debbasi compiere prima che la cisti fosse punta, oppure quest'ultimo momento dell'operazione debba precedere quello.

Ci fu qualche amico professore che durante l'operazione consigliò la prima pratica ch'io non credetti seguire per le seguenri ragioni: quando a cisti molto grande e tesa si vuole introdurre la mano tra le pareti addominali ed essa, riesce sommamente difficile condurla molto lungi ed in ogni senso, e ad ogni modo si esercita forte pressione su quella sezione della cisti sulla quale si lavora; or niente di più facile allora che veder la cisti rompersi giusto in quel tratto che scoverto o procidente tra la ferita non è più sostenuto dalle pareti addominali. Così è accaduto ad uno di quei professori poco tempo fa; per lo che ci fu abbondante versamento di liquido dentro la cavità del peritoneo. In siffatto caso la *toilette* di questo riesce lunga, spesso incompleta e sempre ad esso ingiuriosa.

Malgrado ogni buona intenzione fu necessità prolungare l'incisione e portarla fin'oltre i 18 centimetri, (la cicatrice presentemente è lunga centimetri 12) e ci fummo condotti e dalla difficoltà di dissecare le aderenze fino alle regioni ipocondriache, e dal volume grande del tumore alla sua base, dove eravi quella neoplasia mixomatosa e molte piccole cisti impossibili ad essere vuotate dallo esterno. Alle tante sfavorevoli condizioni del caso venne giusto questa circostanza ad aggravare la posizione; imperocchè una grande influenza secondo i risultati statistici esercitano le lunghe incisioni sulla mortalità, e mentre le incisioni sotto i 14 centimetri dànno una mortalità del 23 % le altre eccedenti quella lunghezza dànno il 40 % — v. Spencer Wells pag. 525.

Non venne rotto nella dissoluzione delle aderenze alcun vase contemplabile, quindi nessuna ligatura per la quale aveva preparato il cat-gut col fermo proponimento di ligare, tagliare il filo rasente nodo e abbandonarlo libero. Dacchè mi si è riferito di una pratica seguita in un nostro grande ospedale per frenare l' emorragia dei vasi rotti nella separazione della cisti dai tessuti attorno, considero non inutile dire alcun che sul proposito.

Per operare la emostasia dei vasi rotti nel separare le aderenze, dopo eliminata la torsione, e regionevolmente perchè non garentisce abbastanza, si pensò a due mezzi: alla cauterizzazione e alla ligatura. In vero non si capisce come si abbia potuto far quistione di ciò; ogni chirurgo nelle sue operazioni ricorre alla cauterizzazione in circostanze eccezionalissime, e solo quando è impossibile applicare la ligatura, la quale per sicurtà semplicità ed innocenza è indiscutibilmente superiore; ed ogni operatore sa che la ferita, dove fu necessità fare agire il bottone di fuoco deve necessariamente suppurare. Ora è meraviglioso come nell'ovariotomia, dove il rispetto al peritoneo ed il timore di peritonite è il *punctum saliens* della preoccupazione chirurgica, si sia ricorso giusto al cauterio attuale per stagnare i punti sanguinanti della superficie peritoneale. Ragione principalissima di un tanto traviamento di giudizio e scelta furono alcuni esperimenti di Spiegelberg, Waldayer e precipuamente di Maslowsky di Pietroburgo, ed alcuni pregiudizi ed idee false sulle ligature. Dagli esperimenti di quelli apparve risultare che piccoli corpi stranieri abbandonati liberamente nella cavità peritoneale riescono innocenti, e fossero anche tessuti strozzati da ligature o cauterizzazioni, essi non irritano le vicinanze ammesso che si provveda ad una esatta chiusura della cavità addominale.

Siffatti risultati di esperimenti su animali non dovevano valere affatto per fare supporre lo stesso sull'uomo, e poi corre davvero una grande distanza tra quegli esperimenti e la pratica di cauterizzare estesamente ed in moltissimi punti il peritoneo di una inferma, come fece un nostro distinto chirurgo quando credette fare opera breve e sicura scontinuando e separando l'estese aderenze per mezzo del cauterio attuale!! Ci vollero ben numerosi bottoni di fuoco per compiere l'opera!! all'autopsia della donna morta infra le prime 20 ore si trovò il peritoneo trasformato per esteso in una vasta abbenchè superficiale escara! Ma poichè oggi si sa che molteplici nodi di filo o seta possono meglio che i tessuti cauterizzati lasciarsi impunemente dentro la cavità addominale, la pratica di ligare i vasi a nodo perduto è la più innocente semplice e generalmente accettata. Dagli esperimenti e ricerche di Breslau e Spencer Wells sappiamo che i nodi delle ligature fatte nell'ovariotomia possono scomparire, o circondarsi di capsule di connettivo, o nuotare libere in piccole cavità cistiche o tenersi indifferenti del tutto coi tessuti attorno. Ancora meglio la quistione è decisa in favore della ligatura perduta, ove invece del filo di seta o lino, si scelga il cat-gut.

Credo non valga la pena spender parola in favore del clamp e del metodo extraperitoneale nel curare il picciuolo. Oramai tutti gli operatori concordano a riguardare la ligatura dello stesso o la cauterizzazione, e il metodo intra-peritoneale di molto inferiore al clamp ed a quello extra-peritoneale.

Quello intanto che forma oggetto di moderna quistione, riguarda l'utilità o no del *drainage* lasciato a pescare nel piccolo bacino e portato o per lo spazio del Duglas e fornice vaginale posteriore o per la ferita stessa addominale lungo il picciuolo. Qui in Napoli si è scritto sull'utilità di mettere due tubi di drainage ai lati del picciuolo da giungere fino allo

spazio retto uterino e più basso che possibile; e per verità in un caso di tumore uterino estirpato insieme ad una porzione dell'utero e suoi annessi e publicato dal dottore Martone i drainages avranno potuto essere utili; ma la quistione non è questa. Il danno di una peritonite certa suppurativa procurata dalla presenza del tubo a drainage è di gran lunga maggiore del vantaggio che in alcune peritoniti con esito a suppurazioni esso potrebbe arrecare. In altri termini cento ovariotomie col metodo del tubo daranno moltissimi casi di peritonite suppurativa, della quale il tubo a drainage sarà un troppo meschino ed insufficiente compenso; mentre cento altre ovariotomie diversamente trattate e senza il tubo, daranno pochissimi casi di peritonite essudativa suppurativa, dove il tubo potrebbe eventualmente essere utile; imperocchè le peritoniti che spesso uccidono simili operate non lo fanno pel prodotto essudativo, nè la eliminazione o scolo di questo muterebbe di molto lo stato delle cose. La conseguenza chiara di quanto abbiamo detto è che salvo il caso di singolarissime condizioni per le quali a giudizio del chirurgo deve attendersi una peritonite suppurativa, la chiusura completa ed immediata dell'addome e senza drainage è la condotta più clinica e scientifica a tenersi.

Anche il modo di unione delle labbra della ferita e la sutùra a ciò sono stati oggetto di dispute. La immaginaria paura di irritare colle punture e colla presenza dei fili il peritoneo potè consigliare la condotta di non comprenderlo nella cucitura; ma allora la ferita del peritoneo, del connettivo sotto e di altro strato ancora rimanendo aperta verso la cavità peritoneale, dà libero versamento di sangue e pus nella stessa.

La sutura incavigliata al certo è più impicciosa, pesante e perciò più irritante meccanicamente di tutte le altre, ed essa serve più ad addossare larghe superficie anzicchè bordi di fe-

rite; poichè la pressione dei cavigli si fa in un sol senso nella direzione cioè dei fili; e difatti alla cucitura incavigliata succede il divaricamento superficiale delle labbra della ferita, pel quale poi devesi applicare altro ordine di sutura superficiale e staccata. Diversamente è colla sutura a punti staccati; la semplicità, la speditezza, la relativa innocenza e l'eleganza sono con essa, e raramente è necessario qualche altro punto staccato superficiale. In chirurgia è preziosa la sutura incavigliata nelle ferite addominali, ma quando esse sono trasversali alla direzione dei muscoli, per cui esse subiscono notevole divaricamento delle loro labbra, e dove le pareti addominali tese e contrattili abbisognano di molta forza per essere tenute in mutuo contatto; ma nel caso di ovariotomia quasi sempre le pareti addominali sono rilassate e una mediocre forza vale abbastanza per tenere ravvicinata la ferita sulla linea alba.

Io sono convinto dovere riferire alla medicatura alla Lister grande parte del buon risultato di questo caso. È inutile dire che fu adoprato quel metodo con tutto il rigore, e le minuzie che la scienza in questa materia esige [1]. Ne consumai di molto acido fenico e pezzi di *gaz antiseptik*. La mia operata si era talmente accostumata al cattivo odore dell'acido che finì per piacerle. Nessuno risentimento addominale, e quella suppurazione parziale di quelle infiltrate pareti addominali fu sempre con buono ed inodore pus, e può dirsi senza febbre, la quale invece fu in relazione con la corruzione dei materiali intestinali; era una setticemia per assorbimento intestinale e specialmente di gas; ed in niuna altra maniera possono intendersi quei sudori profusi

---

[1] Sulla cura antisettica ved. l'articolo mio sull'infiammazione nelle note alla traduzione italiana del Nèlaton. 1876.

e quelle momentanee e notevoli oscillazioni termometriche che si leggono nel quadro su riportato. Le profonde modificazioni che il vuotamento artificiale dei gas e più le purgazioni apportavano subito dopo e costantemente sulla febbre e su tutto, ne sono una pruova sufficiente; i giorni della maggiore suppurazione decorsero quasi senza febbre. Reputo inutile ripetere che la signora fu purgata per ben due volte pria dell'operazione, eppure nell'intestino rimasero tanti materiali quanto non poteva pensarsi.
